

노인 입원환자의 사회적 지지와
건강상태와의 관련성 연구

연세대학교 보건대학원

병원행정학과

김 동 숙

노인 입원환자의 사회적 지지와
건강상태와의 관련성 연구

연세대학교 보건대학원

병원행정학과

김 동 숙

노인 입원환자의 사회적 지지와
건강상태와의 관련성 연구

지도 강 혜 영 교수

이 논문을 보건학석사 학위논문으로 제출함

2004년 6월 일

연세대학교 보건대학원

병원행정학과

김 동 숙

김동숙의 보건학석사 학위논문을 인준함

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

심사위원 _____ 인

연세대학교 보건대학원

2004년 6월 일

감사의 글

사랑과 은혜로 보호하여 주시고 언제나 함께 동행 하여 주시는 하나님께 감사드립니다.

논문의 자료와 방법론에 대한 자상하고 세심한 강혜영 교수님의 지도를 진심으로 감사드립니다. 늘 관심을 가지고 여러모로 도움을 주신 유승흠 교수님, 귀중한 시간을 내주시고 지도의 말씀을 아끼지 않으신 박종연 교수님, 따뜻한 관심과 세심한 배려로 이끌어 주신 이윤환 교수님께 머리 숙여 감사드립니다. 교수님들의 인도가 없었더라면 이 논문은 끝맺음을 하지 못했을 것입니다. 또, 연구를 마칠 때 까지 격려와 수고를 아끼지 않고 저에게 너무나도 많은 것을 베풀어 주신 김정인 선생님에게도 감사한 마음을 전합니다.

삶의 터전에서 잔잔한 미소로 지지해 주신 정용환 원장님, 학문의 길로 이끌어주신 김연주 의무기록 실장님의 사랑에 감사드립니다. 귀한 시간 내어 자료 수집을 도와준 선배 모영옥, 친구 이금녀, 이영심과 부족한 선배 때문에 수고했던 후배 정춘원, 김현선, 인남숙 선생에게도 고맙게 생각합니다. 바쁜 시간에도 묵묵히 함께 근무한 중앙 공급실, 세탁실 식구들에게도 고마움을 전합니다. 이 모든 결실을 맺기까지 언제나 부족함 없이 물심양면으로 도와주시고 격려하여 준 큰언니의 은혜에 끝없는 사랑과 감사를 드립니다. 늘 옆에서 함께하여 주고 자신감과 용기를 북돋아 준 남편과 아들, 그리고 딸에게도 이 기쁨을 나누고 싶습니다. 합격자 발표 날 학교와 유승흠 교수님께 큰 절 드리고 싶었습니다. 지면으로나마 그때의 감사함과 큰 절을 올립니다.

2004년 6월

김 동 숙 올림

차 례

국문요약	iv
I. 서론	1
1. 연구의 필요성	1
2. 연구의 목적	3
II. 이론적 배경	4
1. 노인의 일반적 특성	4
2. 노인의 육체적 건강	6
3. 노인의 정신적 건강	7
4. 사회적 지지	9
III. 연구 방법	11
1. 연구의 틀	11
2. 조사 대상 및 자료 수집	12
3. 조사도구 및 분석변수	13
4. 분석 방법	14
IV. 연구 결과	15
1. 조사 대상자의 인구사회학적 특성	15
2. 조사 대상자의 육체적 건강 상태	19
3. 조사 대상자의 정신적 건강 상태	21

4. 제공자별 사회적지지	23
5. 조사 대상자의 사회적 지지와 참여정도	24
6. 건강상태와 사회적 지지 및 참여정도 간의 상관관계	25
7. 정신적 건강상태에 영향을 미치는 요인	27
8. 의료급여, 건강보험 노인 간의 정신적 건강상태에 영향을 미치는 요인	29
V. 고찰	31
1. 연구 방법에 대한 고찰	31
2. 연구 결과에 대한 고찰	32
VI. 결론	35
참고문헌	37
부록(설문지)	41
영문초록	51

표 차 례

표 1. 조사대상자의 인구사회학적 특성	17
표 2. 조사 대상자의 육체적 건강상태	20
표 3. 조사 대상자의 정신적 건강상태	22
표 4. 제공자별 사회적 지지	24
표 5. 조사 대상자가 제공 받는 사회 참여정도	25
표 6. 건강상태와 사회적 지지 및 참여정도 간의 상관관계	26
표 7. 정신적 건강상태에 영향을 미치는 요인에 대한 회귀분석	28
표 8. 의료급여, 건강보험 노인 간의 정신적 건강상태에 영향을 미치는 요인에 대한 회귀분석	30

그림 차 례

그림1. 연구의 틀	11
------------------	----

국문 요약

이 연구는 노인 입원환자의 건강상태를 분석하여 노인보건 의료서비스 개발을 위한 기초 자료를 제공하기 위해 실시하였다.

조사 대상은 I시의 한 종합병원에 입원하고 있는 65세 이상의 노인 중 설문조사에 참여한 의료급여 환자 53명, 건강보험 환자 98명 총 151명 이었다. 2004년 4월 20일부터 27일 까지 구조화된 설문지를 이용하여 1 대 1 면접조사를 하였다.

조사도구는 육체적 건강상태, 정신적 건강상태, 사회적 지지 및 참여도로 구성되었으며 선행연구에서 각각 개발된 도구들을 활용하였다. 각 조사항목은 5점 척도로 측정하였다. 육체적 건강 상태는 시력, 청력, 식사능력 등 19개 문항으로 구성되었으며, 정신적 건강상태는 한국판 노인우울척도 도구 15개 문항을 사용하였다. 사회적 지지 정도는 6문항, 사회 참여정도는 4문항으로 구성되었다.

의료급여와 건강보험 노인 입원환자간의 육체적 정신건강상태, 정신적 건강상태, 사회참여 정도, 사회적 지지정도 차이를 고찰하기 위해 t-검정과 상관관계 분석을 하였다. 이들 조사 대상자의 건강상태에 영향을 미치는 요인을 구명하기위해 다중회귀분석을 실시하였다.

전체 응답자의 육체적 건강상태는 평균 4.39점이었고, 의료급여 환자(4.18점)가 건강보험 환자(4.51점)보다 낮았으나 통계적으로 유의한 차이가 없었다. 전체 응답자의 정신적 건강상태는 3.17점으로 육체적 건강상태보다 낮았으며, 의료급여 환자(3.07점)가 건강보험환자(3.23점)보다 낮았다.

제공자별 사회적 지지정도는 자녀가 가장 높았으며, 친구, 이웃, 형제자매, 배우자 순이었다. 자녀에게서 받는 사회적 지지는 의료급여환자(2.42점)

가 건강보험환자(3.82점)보다 훨씬 낮았다.

대상자의 사회 참여 정도는 의사결정권, 단체 활동, 종교 활동, 평생교육으로 각각 의료급여 환자와 건강보험 환자 두 집단간 차이는 통계적으로 유의하지 않았다. 회귀분석 결과 정신적 건강상태에 영향을 미치는 유의한 요인은 육체적 건강상태(회귀계수 0.24, $p=0.001$)와 자녀의지지(회귀계수 0.10, $p=0.01$)이었다.

핵심 되는 말 : 노인, 건강상태, 사회적 지지

I. 서론

1. 연구의 필요성

최근 경제성장, 현대화에 따른 국민소득의 향상과 생활수준의 개선, 의학의 발달과 보건 위생의 개선, 영아 사망률의 감소 등으로 평균 수명이 높아짐과 동시에 노인인구의 비율이 크게 증가하는 추세이며 사회구조도 산업화, 도시화, 핵가족화 됨에 따라 대다수의 노인인구의 삶에 많은 문제를 야기 시키는 결과를 초래하게 되었다.

이미 고령화 사회에 진입한 우리나라는 최근 발표된 통계청의 장래 인구추계에 의하면, 2000년 65세 이상 노인인구 7.2%에서 2019년 14.4%로 고령사회에 진입하고 2026년에는 20.0%로 본격적인 초 고령 사회에 도달할 것으로 전망하였다. 또한 의료기술 발달 등에 힘입어 평균 수명은 2000년 75.9세에서 2030년 81.3세, 2050년 83.0세로 연장되어 장수국가인 일본 82.5세, 이탈리아 81.3세에 도달할 수 있으리라고 보고하였다(통계청, 2001).

따라서 인구의 고령화는 새로운 사회문제로 대두되고 있다. 노인은 노화와 더불어 건강 문제들이 다양하게 나타나는 특성을 지니며 노화의 정도에 따라 신체 기능의 저하 및 기능 장애와 기능 상실 등의 육체적 문제가 나타나며, 여가시간과 역할 상실, 수입절감, 건강악화, 사회적·심리적 고립과 소외 등으로 정서적, 사회적 문제가 발생한다. (권복순 등, 1986; 이영석, 1996). 특히 저소득 노인은 경제적 빈곤, 만성 퇴행성질환의 보유, 사회적 고립, 사회적 지지의 부족, 우울 등을 경험함으로써 더욱 심각하게 삶의 질이 저하될 수 있다(송남호, 김선미, 2000).

그러나 우리나라의 경우 어느 나라보다도 고령화가 짧은 기간에 빠르게

진행되고 있어 사회적으로나, 개인적으로 충분한 적응 과정 없이 인구의 고령화로 인한 사회문제들에 직면할 가능성이 있다(김한중, 1996년). 노인은 일반적으로 육체적, 정신적 기능이 감퇴되어 정상적인 생활과 직업적 기능을 발휘하기 어려운 상태이며, 노화로 인한 시력의 약화, 청각의 장애, 언어의 장애, 지체부자유등 육체적 장애를 수반하여 가정적, 사회적 활동을 제한시켜 심리적 소외마저 야기되고 있다(김재일, 1996). 즉 생리적, 육체적으로 약화되고 이로 인해 정신적, 심리적 측면의 변화에 따른 새로운 사회적 상태에 대한 적응 정도에 영향을 미치게 되어 사회생활에 어려움을 겪게 된다.

그러므로 이 시기의 노인 스스로가 지각한 육체적 건강과 정신적 그리고, 사회적 건강은 서로 밀접한 관련성을 가지고 상호 작용하여 그 결과 노인 스스로가 느끼는 삶의 질에 영향을 미친다 하겠다(Campell 등, 1982). 노인의 건강 상태는 육체적, 정신적, 사회적 건강 수준에 따라 다양할 것이며, 이에 따른 삶의 질은 차이가 있다(보건복지부, 1995). 오희철 등(1996)은 우리나라 노인들의 삶의 질을 평가하기 위해서는 무엇보다도 노인들의 육체적 및 정신적 기능의 평가가 이루어져야 한다고 하였다.

국내·외 연구에서 노인을 대상으로 한 삶의 질에 관한 연구는 노인 복지관과 삶의 질과의 관계연구(차성환, 1999), 노인의 삶의 질에 관한 분석연구(최숙자, 2002), 노인의 사회적 지지와 삶의 질에 관한 연구(채수원; 1991), 건강 수준이 노인의 삶의 질에 미치는 영향(최현 등, 1998), 노인의 삶의 질을 결정하는 요인 추출에 관한 연구(고승덕, 1996), 저소득 노인을 대상으로 한 연구는 저 소득 재가노인의 신체적 기능, 우울 및 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향(임은실, 2002) 등이다. 의료급여 노인은 건강보험 노인보다 육체적, 정신적, 사회적인 면에서 다양하고 복잡한 문제에 직면하게 되고, 건강 요구가 크기 때문에 의료급여 노인의 건강 및 사회적

지지 및 참여 정도를 다면적으로 살펴보는 것이 필요하다.

한편 노인들은 육체적 불편감은 자연스러운 하나의 현상으로 수용하지만 외로움, 고독감, 우울 같은 정서적 상황은 노인들에게 심각한 문제로 삶의 질을 저하시키는 주요 요인(양승희 등, 2001; 김기련, 2000; 최금희, 1998)이며 사회적 지지도 노인의 삶의 질에 중요한 영향을 미친다고 하였다(채수원, 1991).

그러므로 이 연구에서는 고령화에 따른 인간에 대한 관심사 중에서 입원한 건강보험 노인과 의료급여 노인을 대상으로 육체적, 정신적 건강 상태와 사회적 지지 및 참여 정도를 알아 봄으로써 노인보건프로그램 개발에 기초 자료를 제공할 수 있을 것이다.

2. 연구의 목적

이 연구의 목적은 노인입원 환자의 건강상태를 분석하는데 있으며 이를 통해 노인 보건 의료서비스를 개발하는데 기초 자료를 제시 하고자 한다.

구체적인 연구의 목적은 다음과 같다.

- 1) 노인 입원환자의 육체적, 정신적 건강 상태를 측정한다.
- 2) 건강보험, 의료급여 노인입원 환자 간의 육체적 건강상태, 정신적 건강 상태, 사회적 지지 정도, 사회참여 정도를 비교 분석한다.
- 3) 노인 입원환자의 정신적 건강 상태에 미치는 요인을 분석한다.

II. 이론적 배경

1. 노인의 일반적 특성

노화현상이란 인간이 출생하여 죽음에 이르는 과정의 전반적인 변화로서, 진행되고 있는 일련의 과정으로 시간의 경과에 따라 성숙기 이후에 명료하게 나타나기 시작하여 불가피한 죽음으로 향하는 변화의 점진적인 과정으로 볼 수 있다. Kalish(1975)는 노화현상이란 인간 발달단계의 자연스러운 한 과정으로 병리적이거나 이상한 것이 아니라, 각 단계별로 독특한 특성이 있듯이 노인에게도 그 나름대로의 발달과업과 특성이 있는 것이라고 하였다.

제2회 국제 노년학회에서 노인은 인간의 고령화과정에서 나타나는 생리적, 육체적, 심리적, 정서적, 환경적 및 행동의 변화가 상호 작용하는 복합형태의 과정에 있는 사람이라고 정의하고 있다. 또한 Breen(1960)은 노인을 생리적으로, 육체적으로 변화기에 있는 사람, 심리적인 면에서 개성의 기능이 소멸되고 있는 사람, 사회적 변화에 따라서 사회적인 관계가 과거에 속해 있는 사람이라고 정의하고 있다.

노년기가 시작되는 시기는 개인마다, 나라마다, 경제·사회여건에 따라 차이가 있고, 생리학, 사회학, 심리학 등 학자에 따라 견해가 다르므로 일률적으로 정의할 수는 없다. 그러나 인생의 주기에 관한 모든 주장들이 나이를 기준으로 그 단계를 나누고 있다. 이 때 나이는 신체적 연령을 일반적으로 말하고 있으며 인간의 성장, 쇠퇴, 소멸은 나이와 함께 고려하여 평가된다.

노년기는 생의 마지막 단계로서 장년기에 두드러지지 않던 신체적 변화에서부터 정신적, 사회·심리적인 면에 이르기까지 전반적으로 많은 변화가 일어나고 있다. 육체적 변화로는 전반적인 근육 위축으로 인해 운동 능

력의 저하 및 기민성의 저하가 현저하게 나타나며 위액의 감소와 함께 소화능력의 감퇴, 시력과 청력의 약화, 골격의 퇴행성 변화, 피부의 건조 및 혈관계 이상 등의 많은 신체적 문제가 나타난다. 이러한 육체적 변화는 노인에게 심리적인 변화를 가져오며 사회적인 관계에까지 제한을 받게 된다. 사회·심리적 변화로는 주로 역할 상실에 의해서 초래된다고 볼 수 있다. 즉, 노인은 직장은퇴, 배우자 상실, 자녀의 독립, 친구의 죽음 등으로 인하여 역할 상실을 경험하게 되고, 이러한 역할 상실로 인해서 이제까지 가져왔던 인간관계 범위가 축소되어 공허함과 소외감을 느끼게 된다. Havighurst(1977)는 노인에게 있어서 이러한 지위나 역할 상실에 적응 또는 대처해 나가는 능력이 성공적인 노화의 핵심이 된다고 했으며, 인간은 계속해서 자기의 생활조건에 적응하는 것이므로 적응이 비교적 쉽고, 성공적인 노화를 위해서는 개인의 성격, 사회적 환경, 육체적 조건 이 세 가지 요소의 밀접한 통합이 필요하다고 했다.

산업화되기 이전의 전통사회에서의 대부분의 노인들은 가족제도 하에서 가부장적인 권위를 누리며 살아왔으나, 급격한 현대화와 더불어 전통적인 대가족제도에서 핵가족제도로 가족구성 형태가 바뀌어 감에 따라, 한 가정의 가부장적 혹은 연장자로서 차지했던 노인들의 위치가 흔들리게 되었다. 이러한 권위와 영향권의 상실은 서구 문물의 도입, 급진적 윤리와 도덕관의 붕괴, 세대교체의 대두 등 급변하는 주변여건과 더불어 가정이나 사회에서 소외당하는 고독한 노인들을 낳게 되었으며, 이로 인한 노인들의 갈등과 좌절감은 심각한 사회문제로 대두되고 있다. Bromley(1974)는 만약 개인이 좌절을 극복할 수 없고, 갈등을 해결할 수 없거나, 또는 사회적으로 받아들여지는 형태의 행동수단에 의해 만족스런 결과를 성취할 수 없다면 적응부전을 초래하며 적개심, 불행감, 대인 공포, 병적 불안, 의존, 죄의식, 우울, 열등감, 무감각, 퇴행 또는 불능의 형태로 표현된다고 했다. 특히 의

탁할 자녀가 없이 양로원에서 생활하게 되는 노인들은 달라진 생활환경과 외로움, 빈곤에 의한 불안, 우울 등의 사회·심리적 문제뿐 아니라 육체적 문제와 더불어 이러한 문제들은 노인들의 대인관계를 좋지 않게 하는 원인이 되고 무력감이 더욱 심해지는 악순환을 보이게 된다. 노인은 육체적, 정신적, 사회·심리적으로 많은 변화를 겪는 노화기에 있는 사람으로, 그들이 이러한 변화에 대해 성공적으로 잘 적응하고 대처하도록 하기 위한 노인 보건 의료서비스의 필요성이 절실히 요구되고 있다.

2. 노인의 육체적 건강

오늘날 노인의 주요 건강문제가 되고 있는 만성퇴행성 질환은 양질의 삶을 저해하는 요인일 뿐 아니라, 의료비 증가요인이 되기도 한다. 노인의 육체적 노화현상의 변화는 체력과 정력의 쇠퇴, 시력과 청력의 약화, 저항력의 감소로 각종 질병에 이환되기 쉬우며, 신경감각계, 근 골격계, 심혈관계, 호흡기계, 위장계, 비뇨생식계 그리고 면역체계 등 전반에 걸쳐서 생리적 기능의 감퇴가 초래된다(전산초, 1985 : 조유향, 1989). 이러한 육체적 변화는 노인에게 정신적, 심리적인 변화를 가져와 사회적인 관계에 까지 제한을 받게 되며, 심리적 변화와 사회적 역할변화로 인하여 노인에서 우울증 경향이 증가한다(전산초, 최영희, 1990). 노령에 따른 스트레스 즉, 육체적 질병, 배우자의 죽음, 경제사정의 악화, 사회와 가족들로부터의 소외 및 고립, 일상생활에 대한 자기통제 불가능 그리고 지나온 세월에 대한 회한 등이 원인이 되어 우울증이 증가한다. 이러한 우울증은 불면증, 체중감소, 감정적 무감각, 강박관념, 증오심 등의 구체적인 증상을 유발하기도 한다. 또한 내향성과 수동성이 증가된다는 주장은 여러 연구(Woodruff & Birren, 1983 ; Atchley, 1971 ; Botwinick, 1978)에서 뒷받침되고 있다.

노인의 주된 문제는 건강, 육체적 불편, 고독, 만족할 만한 활동의 결여,

재정적 문제등(Frank, 1979)을 들고 있고, 우리나라 노인들의 가장 큰 관심사는 건강문제(한국갤럽조사, 1982)이며, 가장 많이 호소하는 문제로는 육체적인 불편 및 질병으로 노인의 반 정도가 자신의 건강상태가 좋지 않다고 평가(구자순, 1986) 함으로써 건강문제를 제시하고, 1992년도 국민건강 및 보건인식 행태조사(송건용, 남정자, 최정수, 김태정, 1993)에서 보면 일반적으로 노인의 건강상태는 다른 연령층에 비해 좋지 않다는 것을 알 수 있다.

3. 노인의 정신적 건강

정신건강은 개념적으로 육체적, 사회적 건강과 관련된다. 정신건강은 2 가지 영역으로 나뉘어 진다. 하나는 정신장애가 없는 상태이며, 다른 하나는 정신적 안녕 상태이다.

McDowell(1987)에 의하면, 조사 도구를 통하여 평가된 정신적 안녕은 세 가지 차원으로 구성되어 있다. 첫 번째 차원은 개인이 그의 열망들을 현재 상황에 그의 인식과 비교하는 인지적 과정이다. 여기에서 정신적 안녕은 삶의 만족의 견지에서 이해되며, 삶의 만족이란 외부적 준거 기준이나 또는 자신의 열망들과 비교하여 자신의 상황에 대한 주관적 평가를 일컫는 것이다. 정신적 안녕의 두 번째 차원은 경험에 대한 감정적 반응들, 즉 매일의 경험에 고무되는 감정적 상태들로 구성된다. 세 번째 차원은 심리적 고통의 증후들, 즉 불안이나 우울의 정도를 반영한다. 삶의 만족은 생활 조건들이 누적되어 나타나는 장기적 정신상태를 나타내며, 우울은 정신적 고통의 다소간의 임상적 측면을 파악한다.

노년층의 정신적 건강을 위한 그 이론적 함축은 삶의 만족이나 또는 우울에 담겨져 있다. 삶의 만족은 일반적인 생활상태의 장기적인 소급적 평

가로, 우울은 부담을 주는 환경적 자극에 의하여 야기되는 임상적 증후들로 정의되고 있다.

그러므로 이 연구에서는 여러 학자들의 연구 및 이론을 바탕으로 노인의 정신적 건강상태를 우울의 구성요소로 평가하였다.

우울은 정서적 측면에서 이해되었으며, 우울 반응은 생리학적 반응, 정서적 반응, 행동적 반응, 인지적 반응으로 분류하였다.(Beck, 1967). 생리학적 반응으로 피로감, 식욕상실, 체중감소, 성적흥미 감소, 수면방해를, 정서적 반응으로는 낙담, 애차상실, 감정의 상실, 적절치 못한 감정, 기쁨이나 즐거움의 상실, 유쾌한 반응의 상실이라고 하였다. 또한 행동적 반응으로는 울음, 게으름, 무기력, 정신지연, 자살시도를 제시하였으며, 인지적 증상으로 부정적 기대, 비판, 부정적 자기평가, 자기비난, 우유부단, 동기 상실, 자살사고 등이 있다. 우울의 원인을 자신과 환경 그리고 미래에 대한 부정적 인지체계로 인식하고 우울을 경험하는 사람은 자기 자신, 자기를 둘러싸고 있는 환경 그리고 미래에 대한 부정적 사고를 갖는 등 자신에게 일어나는 일은 무엇이든 자기를 비난하는 방식으로 해석하는 경향이 있어 삶의 질이 감소 될 수 있다.

노인은 육체 기능의 약화, 자녀문제, 경제적 문제, 가까운 사람의 상실, 그리고 직장에서의 은퇴 등으로 인해 우울증이 나타날 가능성이 가장 높은 시기이며, 그들이 처한 특수한 상황으로 인하여 다른 연령 군에 비해서 정서적 문제인 우울에 빠질 가능성이 크다는 것이 이전부터 보편적인 사실로 알려져 왔다(정인과 등, 1997). 배우자와 친척들의 죽음, 경제적 불안정, 퇴직, 정력과 육체적 지각의 감퇴, 죽음에 대한 두려움, 이 모든 것들이 노인들의 우울 발현에 기여한다(서국희 등, 1998). 노인의 우울은 스트레스-적응과정에서 불안이나 갈등과 더불어 흔히 나타나는 부정적 정서상태이며 흔히 신체상의 변화에 대한 비탄과정으로 근심, 침울, 무력함, 무가치함을

나타내는 정서장애이다(Lewis, 1983).

우울을 유발하는 요인은 생물학적 요인, 육체적 요인, 사회·심리학적 요인, 환경적 요인 등이 복합적으로 작용하여 유발되며 특히 노인의 우울 정도는 경제적 능력이 저하되었을 때, 현재의 건강상태가 나쁠 때, 사회적인 활동이 적을 때 높은 것으로 보고 되었다(김광수 등, 1998). 연령의 증가와 함께 오는 육체적 허약함보다는 개인적으로 겪는 정신적이거나 사회적인 스트레스가 일생동안 쌓여 적응능력의 균형을 잃게 했을 때 노년기에 우울 증의 발열빈도를 증가시킨다. 노인의 우울은 연령이 증가할수록 우울증상이 많고, 여성의 우울 빈도가 더 높다(성기월, 1997; 김호정, 2001). 성기월(1997)은 육체적 건강문제 특히 주관적으로 느끼는 건강문제가 있을 때 가장 우울한 것으로 나타난다고 하였으며, 이는 자신이 건강하다고 인식할수록 정신건강이 좋다는 것을 알 수 있다. 강희숙과 김근조(2000)는 457명의 재가노인을 대상으로 우울의 관련요인을 파악하였을 때 75세 이상의 노인의 우울 점수가 가장 높았으며, 여성으로 배우자가 없는 노인, 무학, 경제수준이 낮은 노인 순으로 나타났다.

4. 사회적 지지

인간은 살아서 움직이는 유기체로서의 생물학적인 존재이며 또한 무엇을 감지하고, 판단하고, 배우고, 생각하는 정신적인 존재일 뿐만 아니라 다른 사람들과 상호 작용하는 사회적 존재이다. 인간은 출생하면서부터 개인과 집단간의 끊임없는 상호 관계 속에서 살아가고 있다. 즉, 가족, 이웃, 지역사회 및 국가사회의 집단 속에서 성장함에 따라 사회적 관계를 맺으며 지지망을 형성한다(장인협, 최성재, 1996).

사회적 지지는 사람들이 사회적 관계를 통해서 얻을 수 있는 정서적 위

안, 충고, 지도, 칭찬, 물질적 원조와 서비스를 모두 포함한다. Caplan(1974)은 의지할 수 있는 사람, 돌봐주고 사랑하고 가치 있다는 것을 알게 해주는 사람의 존재 또는 이용가능성을 사회적 지지라고 보았고, Sarason(1983)은 개인이 필요시 도움이나 감정이입을 제공받을 수 있다고 지각하는 믿음과 유용한 지지에 대한 개인의 만족이라고 하였다. Norbeck, Lindsey & Carrieri(1981)은 사회적 지지란 사회적 결속을 통하여 개인의 사회적 욕구를 충족시켜 줄 수 있는 지지로서 대상자가 배우자, 가족, 친구, 이웃 등의 대인 관계적 상호작용을 통하여 받는 물질적 정신적 도움이라고 하였다. 한편 오가실 등(1994)은 한국적 의미에서 사회적 지지는 도움, 정, 은혜, 믿음의 요소를 포함하고 있으며 외국 문헌의 지지의 속성과 같지 않다고 하였다.

사회적 지지를 구조와 기능으로 개념화하였다(Cohen & Syme, 1985). 구조로서의 사회적 지지는 사회적 지지 망 내의 구성원들의 숫자 등과 같은 관계들의 존재를 뜻한다. 기능적 측면의 사회적 지지란 개인의 대인관계가 실제적 도움과 교제와 같은 특정한 기능을 제공하는 정도를 의미하는데 대상자가 이러한 기능이 얼마나 적절하다고 지각하는 지를 측정함으로써 평가가 가능하다. 이는 사회적 지지를 한 개인이 가지고 있는 타인과의 관계의 수와 사회적 상호작용의 지지적 가치에 대한 개인의 지각으로 나눌 수 있다고 하였는데 전자를 사회적 지지 망, 후자를 지각된 사회적 지지로 설명하였다. 사회적 건강은 사회에서 각자가 맡은 역할을 충분히 다할 수 있고, 사회생활을 영위할 수 있는 수준이라고 보건 사회학에서 말하고 있다. Parsons(1972)도 사회, 문화적 측면을 강조하여 사회적인 기능과 역할을 원활히 수행할 수 있는 상태를 안녕이라고 정의하고 있다. 또한 사회적 역할을 정상적으로 수행할 수 있느냐에 따라서 사회적 건강 여부가 판정된다 (윤병준, 1995; Dubos, 1976).

Ⅲ. 연구 방법

1. 연구의 틀

이 연구는 노인 입원환자의 건강상태 특히, 정신적 건강상태에 영향을 미치는 요인을 분석하는 것을 목적으로 하며, 이를 달성하기 위한 연구의 개념적 틀은 그림 1과 같다.

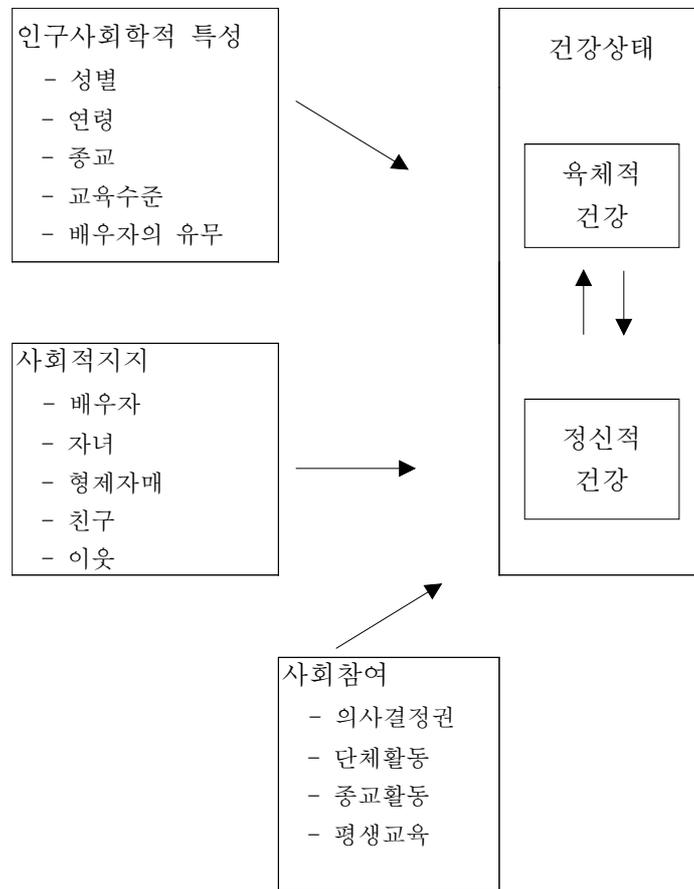


그림 1. 연구의 틀

이 연구에서는 인간을 육체, 정신, 사회적으로 통합된 총체적 존재로 보았으며, 육체적 건강, 정신적 건강, 사회적지지 및 사회 참여는 상호작용을 하며, 인구사회학적 특성(성별, 연령, 종교, 교육 수준, 배우자 유무, 동거인, 직업, 만성 질환, 스트레스, 정기적 건강 검진, 주관적 건강상태, 경제상태)과 사회적지지 및 사회 참여는 각각의 변수(육체적 건강, 정신적 건강,)에 관련성이 있을 것으로 보았다.

2. 조사대상 및 자료수집

이 연구는 I시의 일개 종합병원에 입원하고 있는 65세 이상의 노인환자 중 인지 기능 장애가 없어 의사소통이 가능하여 면담조사에 응할 수 있는 이 연구의 참여에 동의한 의료급여환자 53명과 건강보험 환자 98명, 총 151명을 대상으로 면담 설문조사 하였다. 자료수집 기간은 2004년 4월 20일부터 4월 27일이며 설문 내용은 구조화된 질문지를 이용하여 사전 교육 받은 4명의 간호사가 입원병실에서 1대 1 면접 조사하였다.

조사 대상자가 입원하고 있는 병원의 특성을 살펴보면 다음과 같다

인천광역시에 소재하고 있으며 1931년 5월 1일 경기 도립 인천의원으로 송학동에 개원 하였다. 의료법인체며 2차 의료기관으로 현재 400bed 허가 병상을 갖고 있다. 병상 가동률은 78%이고 2004년 5월 60세 이상 의료급여 실 퇴원 환자는 1,229명, 건강보험 실 퇴원 환자는 2,274명이었다. 재원일수는 15.3일 이고 일평균 재원환자 수는 299.3명이었다.

3. 조사도구 및 분석변수

1) 인구사회학적 특성

노인 입원환자의 인구사회학적 특성은 성, 연령, 종교, 교육수준, 결혼상태, 현재 동거인, 직업, 만성질환 수, 스트레스, 정기적 건강검진, 주관적 건강상태, 경제수준 등을 포함하였다.

2) 육체적 건강

육체적 건강이란 정상적인 일상생활의 활동과 독립적 생활 활동을 할 수 있는 상태를 말하며, 육체질환이나 불구로 인하여 제한이나 방해받지 않는 상태를 의미한다. 이 연구에 사용된 육체적 건강 측정 도구는 이영자(1989)에 의해 개발된 것으로 일상생활 능력과 독립적 생활 능력과 관련된 것보다 복잡한 일상생활 활동 수행을 측정하는 도구로 총19문항(부록1 참조)으로 구성되었다. '전혀 수행 못하거나' '기능을 상실한 경우'로 응답하는 경우 1점, '도움이 필요한 경우' 3점, '독립적으로 수행할 수 있거나 좋은 상태'일 때는 5점으로 하여 조사하였다.

3) 정신적 건강

개인이 육체적·사회적·환경적 요인에 의해 근심, 침울함, 무력감 및 무가치함 등을 나타내는 기분 장애로 Yesavage 등(1986)이 개발하고 기백석(1996)이 번안, 수정 보완하여 총15문항(부록1 참조)으로 5점 척도를 이용하여 정신적 건강상태가 우수할수록 5점으로 측정하였다.

4) 사회적 지지 및 참여 정도

사회적 지지는 의지할 수 있는 사람, 돌봐주고 사랑하고 가치 있다는

것을 알게 해주는 사람의 존재 또는 이용가능성으로 장숙아(1997)가 사용한 6문항(부록1 참조)과, 김시현(1985)이 개발한 도구를 수정 보완하여 4문항(부록1 참조)을 사용하였다. 총 10문항이며 5점 척도로서 사회적 지지에서는 ‘정말 그렇다’ 5점, ‘그렇다’ 4점, ‘그저 그렇다’ 3점, ‘그렇지 않다’ 2점, ‘전혀 그렇지 않다’ 1점으로 부여 하였고 지지자가 없는 경우는 0점으로 처리하였다. 점수가 클수록 사회적 지지가 높음을 의미한다.

4. 분석방법

수집된 자료는 부호화하여 입력하였으며, SAS(Statistical analysis system) window 버전 8.2를 이용하여 분석하였다.

1) 연구 대상자의 일반적 특성에 대한 분포를 알아보았다. 각 변수별 기술 통계량을 계산하였으며 연구 대상자의 보험 가입 유형에 따른 분포는 χ^2 검정을 이용하였다.

2) 연구 대상자의 육체적 건강상태와 정신적 건강상태, 제공자별 사회적 지지, 사회 참여정도를 알아보았다. 각 응답 범주에 각 영역별 점수를 t 검정을 이용하여 알아보았다.

3) 주요 변수간의 상관관계는 spearman rank order test를 이용하여 알아 보았다.

4) 정신적 건강상태에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위해 다중회귀분석을 하였다.

IV. 연구결과

1. 조사 대상자의 인구 사회학적 특성

조사 대상자의 인구사회학적 특성으로 성별, 연령, 종교, 교육수준, 결혼 상태, 현재 동거인, 직업, 만성질환 수, 스트레스, 정기적 건강검진, 주관적 건강상태, 경제수준 등을 조사하였다.

인구사회학적 특성을 살펴보면 다음과 같다(표 1). 성별은 의료급여 환자와 건강보험 환자는 각각 남자가 23명(39.7%), 42명(45.2%)이었고, 여자는 35명(60.3%), 51명(54.8%)으로 남자 보다 여자가 많았다. 연령은 의료급여 환자와 건강보험 환자는 각각 65-69세가 14명(24.1%), 46명(49.5%)이었고, 70-74세가 16명(27.7%), 25명(26.9%), 75-79세가 14명(24.1%), 15명(16.1%), 80세 이상이 14명(24.1%), 7명(7.5%)이었다. 건강보험 환자 65-69세가 49.5%로 가장 많았다($p=0.0028$). 교육수준은 초졸 이하가 의료급여 환자와 건강보험 환자는 38명 (65.5%), 45명(48.4%)이었고, 중졸은 11명(19.0%), 23명(24.7), 고졸이상 9명(15.5%), 25명(26.9%)이었다. 두 집단 모두 학력이 낮음을 알 수 있었다.

결혼 상태는 배우자가 있는 경우가 의료급여 환자와 건강보험 환자 각각 18명(31%), 60명(64.5%)이었고, 사별 및 별거는 40명(69%), 33명(35.5%)이었다($p < 0.0001$). 현재 동거인은 배우자와 동거하는 경우가 의료급여 환자와 건강보험 환자는 각각 18명(31%), 54명(58.1%)이었고, 자녀와 동거하는 경우가 22명(38%), 52명(56%), 형제자매는 2명(3.5%), 1명(1.1%), 단체 생활하는 경우는 의료급여 환자 1명(1.7%)만 있었다. 혼자 사는 경우도 각

각 24명(41.4%) 15명(16.1%)이었다. 직업은 없음이 의료급여 환자와 건강보험 환자 각각 55명(94.8%), 77명(82.8%)이었고, 있음은 의료급여 환자가 3명(5.2%), 건강보험 환자가 16명(17.2%)이었다($p=0.0006$). 경제 수준은 용돈이 아주 부족이 의료급여 환자와 건강보험 환자 각각 16명(27.6%), 4명(4.3%)이었고, 부족은 25명(43.1%), 26명(28%), 충분은 17명(29.3%), 63명(67.7%)이었다. 두 집단 간 응답의 차이는 통계적으로 유의하였다($p < 0.0001$).

표 1. 조사대상자의 인구사회학적 특성

	전체	의료급여	건강보험	χ^2 값	p-값
	빈도 (%)	빈도 (%)	빈도 (%)		
성별					
남자	65 (43.0)	23 (39.7)	42 (45.2)	0.44	0.5063
여자	86 (57.0)	35 (60.3)	51 (54.8)		
연령(세)					
65-69	60 (39.7)	14 (24.1)	46 (49.5)	14.05	0.0028
70-74	41 (27.2)	16 (27.7)	25 (26.9)		
75-79	29 (19.2)	14 (24.1)	15 (16.1)		
80이상	21 (13.9)	14 (24.1)	7 (7.5)		
종교					
기독교	49 (32.5)	22 (37.9)	27 (29.0)	3.53	0.3165
천주교	31 (20.5)	14 (24.1)	17 (18.3)		
불교	30 (19.8)	8 (13.9)	22 (23.7)		
없음	41 (27.2)	14 (24.1)	27 (29.0)		
교육 수준					
초졸이하	83 (55.0)	38 (65.5)	45 (48.4)	4.48	0.1063
중졸	34 (22.5)	11 (19.0)	23 (24.7)		
고졸이상	34 (22.5)	9 (15.5)	25 (26.9)		
결혼 상태					
유배우자	78 (51.7)	18 (31.0)	60 (64.5)	16.03	<0.0001
사별및별거	73 (48.3)	40 (69.0)	33 (35.5)		
현재동거인*					
배우자	72 (47.7)	18 (31.0)	54 (58.1)	10.46	0.0012
자녀	74 (49.0)	22 (38.0)	52 (56.0)		
형제자매	3 (2.0)	2 (3.5)	1 (1.1)		0.5589 [†]
단체생활	1 (0.7)	1 (1.7)	0 (0.0)		0.3841 [†]
없음	39 (25.8)	24 (41.4)	15 (16.1)	11.88	0.0006
직업					
없음	132 (87.4)	55 (94.8)	77 (82.8)		0.0301 [†]
있음	19 (12.6)	3 (5.2)	16 (17.2)		
만성질환 수					
없음	4 (2.7)	2 (3.5)	2 (2.2)		0.1045 [†]
1개	61 (40.4)	20 (34.5)	41 (44.1)		
2-3개	67 (44.4)	24 (41.4)	43 (46.2)		
4개 이상	25 (12.6)	12 (20.7)	7 (7.5)		
계	151 (100.0)	58 (100.0)	93 (100.0)		

* 중복응답

[†] Fisher exact test

(표 계속)

표 1. 조사대상자의 인구사회학적 특성 (표 계속)

	전체	의료급여	건강보험	χ^2 값	p-값
	빈도 (%)	빈도 (%)	빈도 (%)		
스트레스					
약간 있음	76 (50.3)	31 (53.5)	45 (48.4)	0.36	0.8326
보통	39 (25.8)	14 (24.1)	25 (26.9)		
많음	36 (23.8)	13 (22.4)	23 (24.7)		
정기적 건강검진					
전혀 안함	27 (17.9)	8 (13.8)	19 (20.4)	1.17	0.5545
아플때마다 함	79 (52.3)	31 (53.5)	48 (51.6)		
정기적으로 함	45 (29.8)	19 (32.7)	26 (28.0)		
주관적 건강상태					
나쁨	79 (52.3)	33 (56.9)	46 (49.4)	3.09	0.2132
보통	43 (28.5)	18 (31.0)	25 (26.9)		
좋음	29 (19.2)	7 (12.1)	22 (23.7)		
경제수준					
용돈 아주부족	20 (13.3)	16 (27.6)	4 (4.3)	27.00	<.0001
용돈 부족	51 (33.8)	25 (43.1)	26 (28.0)		
용돈 충분	80 (52.9)	17 (29.3)	63 (67.7)		
계	151 (100.0)	58 (100.0)	93 (100.0)		

2. 조사 대상자의 육체적 건강상태

육체적 건강상태의 19개 문항별로 두 집단 간의 차이를 보면 의료급여 환자는 건강보험환자보다 전체적으로 평균이 낮았고(표 2). 의복착용 능력, 보행 능력, 몸치장 능력, 계단 오르내리기, 화장실 출입, 손톱 발톱 깎기, 전화사용 능력, 수면 상태는 의료급여환자와 건강보험 환자간의 통계학적으로 유의한 차이가 있으나($p < 0.05$), 시력, 청력, 식사능력, 세탁능력, 음식 조리능력, 이동능력, 목욕능력, 실금, 식변, 자기투약능력, 시장보기 등은 유의한 차이가 없었다.

표 2. 조사대상자의 육체적 건강상태

	전체	의료급여	건강보험	t-값	p-값
	평균(±S.D)	평균(±S.D)	평균(±S.D)		
시력	4.44(±0.96)	4.24(±1.05)	4.57(±0.88)	-2.07	0.1274
청력	4.60(±0.80)	4.45(±0.90)	4.70(±0.72)	-1.89	0.0527
식사능력	4.83(±0.65)	4.79(±0.72)	4.85(±0.61)	-0.52	0.1448
의복착용능력	4.70(±0.82)	4.62(±0.95)	4.74(±0.74)	-0.83	0.0275
보행능력	4.28(±1.25)	3.76(±1.44)	4.61(±0.99)	-3.97	0.0012
몸치장능력	4.66(±0.95)	4.55(±1.13)	4.72(±0.81)	-0.99	0.0051
세탁능력	3.90(±1.51)	3.62(±1.64)	4.08(±1.40)	-1.75	0.1733
음식조리능력	4.10(±1.51)	3.86(±1.68)	4.25(±1.38)	-1.46	0.0926
계단오르내리기	3.79(±1.44)	3.14(±1.54)	4.20(±1.22)	-4.47	0.0478
이동능력	4.28(±1.12)	3.93(±1.20)	4.51(±1.01)	-3.17	0.1375
목욕능력	4.38(±1.11)	4.21(±1.24)	4.48(±1.02)	-1.49	0.0915
화장실출입	4.55(±1.06)	4.31(±1.27)	4.70(±0.88)	-2.04	0.0017
요실금	4.32(±1.13)	4.28(±1.28)	4.35(±1.03)	-0.42	0.0598
실 변	4.79(±0.74)	4.79(±0.81)	4.78(±0.69)	0.07	0.1624
손톱 발톱 깎기	4.47(±1.15)	4.34(±1.32)	4.55(±1.03)	-1.00	0.0324
자기투약능력	4.64(±0.87)	4.62(±0.88)	4.66(±0.87)	-0.24	0.9148
시장보기	4.10(±1.49)	3.83(±1.63)	4.27(±1.38)	-1.78	0.1410
전화사용능력	4.62(±1.05)	4.52(±1.20)	4.68(±0.95)	-0.86	0.0397
수면상태	3.86(±1.30)	3.55(±1.49)	4.05(±1.13)	-2.20	0.0170
전체	4.39(±0.77)	4.18(±0.83)	4.51(±0.70)	-2.65	0.1533

* 1 전혀 수행을 못 하거나 기능을 상실한 경우 1점
 2 도움이 필요한 경우 3점
 3 독립적으로 수행 할 수 있거나 좋은 상태 5점

3. 조사 대상자의 정신적 건강 상태

정신적 건강상태를 측정한 15개 문항의 평균점수는 3.17점으로 보통 수준의 정신적 건강상태를 보여 주었다. 의료급여 환자인 경우 정신적 건강상태는 3.07점, 건강보험 환자인 경우는 3.23점으로 건강보험 환자가 유의하게 정신적 건강상태가 더 우수했다(표 3).

건강보험 환자가 의료급여 환자에 비해 통계적으로 유의하게 높은 정신적 건강상태 항목은 ‘생활에 만족함’, ‘대부분 행복함’, ‘살아 있는 것이 아름답다움’, ‘인생이 가치 없다고 느낌’, ‘인생이 매우 흥미롭게 느낌’, ‘아침 기상이 즐거움’, ‘결정이 수월함’ 이었다.

표 3. 조사대상자의 정신적 건강상태

	전체	의료급여	건강보험	t-값	p-값
	평균(±S.D)	평균(±S.D)	평균(±S.D)		
생활에 만족함	3.09(±0.93)	3.00(±1.06)	3.14(±0.84)	-0.85	0.0488
활동과 흥미가 저하됨	2.73(±0.90)	2.50(±0.90)	2.87(±0.88)	-2.50	0.7766
앞날에 희망적임	2.88(±0.98)	2.90(±1.02)	2.87(±0.96)	0.16	0.5823
맑은 정신	4.03(±0.98)	4.29(±1.03)	3.87(±1.92)	2.62	0.3645
대부분 행복함	3.26(±0.96)	3.16(±1.17)	3.32(±0.81)	-0.96	0.0018
살아있는 것이 아름다움	3.23(±1.07)	3.10(±1.25)	3.30(±0.94)	-1.03	0.0147
가끔 낙담하고 우울함	2.90(±0.98)	2.69(±0.99)	3.03(±0.95)	-2.12	0.6803
인생이 가치없다 고 느낌	3.26(±0.99)	2.83(±1.06)	3.53(±0.84)	-4.25	0.0467
인생이 매우 흥미롭게 느낌	2.93(±0.93)	2.83(±1.06)	2.99(±0.84)	-0.98	0.0453
활력이 충만함	2.85(±0.90)	2.60(±0.92)	3.00(±0.85)	-2.70	0.5260
사소한 일에 동요를 느낌	2.93(±1.02)	2.91(±1.14)	2.94(±0.94)	-0.13	0.0964
자주 울고 싶음	3.44(±1.07)	3.24(±1.14)	3.57(±1.02)	-1.84	0.3040
아침 기상이 즐거움	3.32(±0.93)	3.34(±1.09)	3.30(±0.82)	0.26	0.0156
결정이 수월함	3.46(±1.03)	3.40(±1.18)	3.49(±0.93)	-0.54	0.0373
마음이 편함	3.23(±1.08)	3.24(±1.17)	3.22(±1.02)	0.15	0.2265
계	3.17(±0.62)	3.07(±0.71)	3.23(±0.56)	-1.45	0.0330

* 부정적인 응답은 1점, 긍정적인 응답은 5점

4. 제공자별 사회적 지지

조사대상자의 배우자 또는 애인, 자녀, 형제자매, 친구, 이웃이 제공하는 사회적 지지에 대해 조사하였으며, 그 결과는 다음과 같다(표 4).

사회적 지지는 5점 척도로 정말 그렇다 5점, 그렇다 4점, 그저 그렇다 3점, 전혀 그렇지 않다 1점으로 하였으며, 지지자가 없는 경우는 0점으로 하였다. 점수가 클수록 지지를 많이 받는다. 배우자 또는 애인이 제공하는 사회적 지지는 전체 대상자가 2.09점, 의료급여 환자가 1.29점, 건강보험 환자가 2.58점이었다($p=0.4448$). 자녀의 사회적 지지는 전체 환자가 3.28점이었으며 의료급여, 건강보험 환자가 2.42점, 3.82점이었다($p<0.0001$). 친구가 제공하는 사회적 지지는 전체 환자가 2.60점, 의료급여, 건강보험 환자가 2.09점, 2.92점이었다($p=0.0703$). 형제자매의 사회적 지지는 전체 환자가 2.20점, 의료급여, 건강보험 환자가 1.51점, 2.63점이었다($p=0.6412$). 이웃이 제공하는 사회적 지지는 전체 환자가 2.40점, 의료급여, 건강보험 환자가 2.05점, 2.63점이었다($p=0.2030$).

표 4. 제공자별 사회적 지지

사회적지지 제공자	전체	의료급여	건강보험	t-값	p-값
	평균 (±S.D)	평균 (±S.D)	평균 (±S.D)		
배우자(애인)	2.09 (±2.10)	1.29 (±1.89)	2.58 (±2.08)	-3.85	0.4448
자녀	3.28 (±1.44)	2.42 (±1.80)	3.82 (±0.78)	-5.61	<.0001
형제자매	2.20 (±1.49)	1.51 (±1.43)	2.63 (±1.36)	-4.81	0.6412
친구	2.60 (±1.25)	2.09 (±1.33)	2.92 (±1.08)	-4.16	0.0703
이웃	2.40 (±1.14)	2.05 (±1.21)	2.63 (±1.04)	-3.13	0.2030
전체	2.51 (±0.97)	1.87 (±0.93)	2.92 (±0.75)	-7.56	0.0761

* 정말 그렇다 5점
 그렇다 4점
 그저 그렇다 3점
 그렇지 않다 2점
 전혀 그렇지 않다 1점
 지지자가 없는 경우 0점

5. 조사 대상자의 사회참여 정도

조사 대상자의 의사결정권, 단체 활동, 종교 활동, 평생교육에 조사 하였으며 결과는 다음과 같다(표 5). 의사 결정권은 전체 환자가 4.18점이었으며, 의료급여가 4.14점, 건강보험이 4.20점이었다. 단체 활동은 전체 환자가 2.09점, 의료급여, 건강보험이 각각 2.07점, 2.11점이었다. 종교 활동은 전체 환자가 2.37점, 의료급여, 건강보험이 2.40점, 2.35점이었다. 평생 교육은 전체 환자가 2.04점, 의료급여, 건강보험이 각각 2.07점, 2.02점이었다.

표 5. 조사대상자의 사회참여 정도

	전체	의료급여	건강보험	t-값	p-값
	평균 (±S.D)	평균 (±S.D)	평균 (±S.D)		
의사결정권	4.18 (±1.25)	4.14 (±1.41)	4.20 (±1.16)	-0.32	0.0933
단체활동	2.09 (±1.43)	2.07 (±1.47)	2.11 (±1.41)	-0.16	0.6990
종교활동	2.37 (±1.16)	2.40 (±1.12)	2.35 (±1.19)	0.21	0.6656
평생교육	2.04 (±0.95)	2.07 (±0.90)	2.02 (±0.99)	0.30	0.4226

6. 건강 상태와 사회적 지지 및 참여정도 간의 상관관계

조사 변수간의 상관관계를 분석한 결과는 다음과 같다(표 6). 정신적 건강상태와 육체적 건강상태가 통계적으로 유의한 관련성이 있었고 ($r=0.38$, $p<0.0001$), 사회적 지지와 육체적 건강상태도 관련이 있었다 ($r=0.24$, $p=0.0026$). 배우자와 육체적 건강상태도 관련이 있었다($r=0.20$, $p=0.0111$). 자녀와 형제자매, 친구, 이웃은 육체적 건강 상태와 관련이 없었다. 사회참여정도와 육체적 건강상태도 유의한 관련성이 있었다($r=0.30$, $p=0.001$).

정신적 건강상태와 사회적 지지정도는 통계적으로 유의한 관련성이 있었고($r=0.27$, $p=0.007$), 지지자별로 보면 배우자($r=0.19$, $p=0.0154$), 자녀 ($r=0.30$, $p=0.0002$), 친구($r=0.20$, $p=0.0138$), 이웃과 정신적 건강상태는 관련이 있었다($r=0.16$, $p=0.0425$). 형제자매의 지지와 정신적 건강상태는 관련이 없었다($r=0.08$, $p=0.3076$).정신적 건강 상태와 사회참여 정도도 유의한 관련성이 있었다($r=0.28$, $p=0.0003$)

사회적 지지와 사회참여 정도는 통계적으로 유의한 관련성이 없었고 ($r=0.15$, $p=0.0508$),제공자별 지지와는 통계적으로 유의한 관련성이 있었다.

표 6. 건강상태와 사회적 지지 및 참여정도의 상관관계

	육체적 건강 상태	정신적 건강 상태	사회적 지지	사회 참여 정도	제공자별 사회적 지지				
					배우자 (애인)	자녀	형제 자매	친구	이웃
육체적 건강상태	1.00	0.38* <.0001§	0.24 0.0026	0.30 0.0001	0.20 0.0111	0.10 0.1962	0.14 0.0757	0.15 0.0548	0.05 0.4959
정신적 건강상태		1.00	0.27 0.0007	0.28 0.0003	0.19 0.0154	0.30 0.0002	0.08 0.3076	0.20 0.0138	0.16 0.0425
사회적 지지			1.00	0.15 0.0508	0.63 <.0001	0.56 <.0001	0.63 <.0001	0.70 <.0001	0.62 <.0001
사회 참여				1.00	0.11 0.1505	-0.03 0.6434	0.08 0.2918	0.17 0.0364	0.14 0.0767
제공자별 사회적 지지	배우자 (애인)				1.00	0.20 0.0138	0.10 0.1799	0.16 0.0407	0.16 0.0379
	자녀					1.00	0.39 <.0001	0.29 0.0002	0.31 0.0001
	형제 자매						1.00	0.43 <.0001	0.28 0.0005
	친구							1.00	0.68 <.0001
	이웃								1.00

* 상관계수

§ 유의확률

7. 정신적 건강상태에 영향을 미치는 요인

정신적 건강상태에 영향을 미치는 요인을 알아보기 위하여 회귀분석을 한 결과는 다음과 같다(표 7).

모델 I은 정신적 건강상태를 종속변수로 하고, 인구 사회학적 특성과 의료보장 유형을 독립변수로 하였다. 이 경우 통계적으로 유의한 변수는 없었으며 모델의 설명력은 13.65%이었다($p=0.0750$).

모델 II에서는 인구 사회학적 특성과 육체적 건강상태, 만성질환의 수를 독립변수로 포함하였다. 이 경우 육체적 건강상태가 통계적으로 유의하였으며(회귀계수 0.24, $p=0.0008$), 모델의 설명력은 22.84%이었다($p=0.0041$).

모델 III에서는 인구 사회학적 특성, 사회적 지지, 사회참여 정도를 독립변수로 포함하였다. 이 경우 자녀가 제공하는 사회적 지지만이 유일하게 통계적으로 유의한 변수였으며(회귀계수 0.10, $p=0.0159$), 모델의 설명력은 26.7%이었다($p=0.0051$).

모델 IV에서는 인구 사회학적 특성, 육체적 건강 상태, 사회적지지, 사회 참여 정도를 독립변수로 하였다. 이 경우 육체적 건강 상태(회귀계수 0.17, $p=0.02$), 자녀가 제공하는 사회적 지지(회귀계수 0.09, $p=0.0362$)가 통계적으로 유의하였다. 모델의 설명력은 32.15%이었다($p=0.0016$).

표 7. 정신적 건강상태에 영향을 미치는 요인(회귀분석)

변수	모델 I		모델 II		모델 III		모델 IV	
	회귀계수	P-값	회귀계수	P-값	회귀계수	P-값	회귀계수	P-값
의료보장유형 (기준: 건강보험)								
의료급여	-0.06	0.5398	0.01	0.9184	0.03	0.7976	0.10	0.4301
성별 (기준: 여자)								
남자	0.05	0.6617	0.09	0.3982	0.07	0.5699	0.11	0.3719
연령	-0.0080	0.4032	0.0012	0.9038	-0.0025	0.8025	0.0041	0.6866
종교 (기준: 없음)								
기독교	0.26	0.0509	0.23	0.0749	-0.04	0.8030	0.0017	0.9933
천주교	-0.0077	0.9604	0.0002	0.9987	-0.29	0.1298	-0.23	0.2246
불교	-0.07	0.6321	-0.07	0.6362	-0.21	0.1939	-0.17	0.2873
교육수준 (기준: 초졸이하)								
중졸	0.06	0.6108	0.12	0.3493	0.08	0.5157	0.12	0.3359
고졸이상	0.23	0.1017	0.27	0.0501	0.19	0.1574	0.22	0.1003
결혼상태 (기준: 배우자없음)								
배우자있음	0.19	0.4878	0.22	0.4113	0.06	0.8375	0.05	0.8658
동거인유형 (기준: 없음)								
배우자	-0.04	0.8597	-0.10	0.6922	-0.19	0.4862	-0.21	0.4369
자녀	-0.07	0.4825	-0.04	0.6440	-0.13	0.2487	-0.10	0.3683
형제자매	-0.64	0.0776	-0.36	0.3175	-0.0077	0.9841	0.10	0.7861
직업 (기준: 없음)								
있음	0.12	0.4321	0.03	0.8172	0.18	0.2642	0.11	0.4859
만성질환수 (기준: 없음)								
1개			-0.28	0.3771			-0.23	0.4724
2-3개			-0.20	0.5118			-0.16	0.6066
4개이상			-0.49	0.1429			-0.46	0.1699
육체적 건강상태			0.24	0.0008			0.17	0.0229
사회적 지지								
배우자(애인)					0.04	0.3506	0.06	0.2448
자녀					0.10	0.0159	0.09	0.0362
형제자매					-0.05	0.1767	-0.04	0.2509
친구					0.07	0.2213	0.07	0.2623
이웃					-0.01	0.7881	-0.0065	0.9191
사회참여정도								
의사결정권					-0.06	0.1198	0.05	0.2115
단체활동					0.0041	0.9189	-0.0090	0.8215
종교활동					0.12	0.0899	0.09	0.1823
평생교육					0.08	0.1801	0.07	0.2505
R ² 값(%)	13.65		22.84		26.70		32.15	
Adj-R ² 값(%)	5.46		12.98		14.10		17.92	
모델 p-값	0.0750		0.0041		0.0051		0.0016	
모델 F-값	1.67		2.32		2.12		2.26	

8. 의료급여, 건강보험 노인 간의 정신적 건강상태에 미치는 요인

정신적 건강상태에 영향을 미치는 요인이 의료보장 유형에 따라 어떻게 다른지를 관찰하기 위해 의료급여 환자와 건강보험 노인 환자를 별도로 구분하여 회귀분석을 한 결과는 다음과 같다(표 8).

전체 입원 노인에 있어서는 육체적 건강상태와 자녀의 지지가 통계적으로 유의하였으나, 의료급여 노인만을 대상으로 한 회귀분석 결과는 통계적으로 유의한 변수가 하나도 없었다. 반면, 건강보험 노인만을 대상으로 한 분석에서는 자녀의 지지(회귀계수 0.24, $p=0.0046$), 종교활동(회귀계수 0.26, $p=0.0065$)이 통계적으로 유의하게 정신건강에 양의 영향을 미치는 것을 알 수 있었다.

표 8. 의료급여, 건강보험 노인 간의 정신적 건강상태에 미치는 요인(회귀분석)

변수	전체노인		의료급여 노인		건강보험 노인	
	회귀계수	P-값	회귀계수	P-값	회귀계수	P-값
의료보장형 (기준: 건강보험)						
의료급여	0.10	0.4301				
성별 (기준: 여자)						
남자	0.11	0.3719	-0.0063	0.9803	0.05	0.7195
연령	0.0041	0.6866	0.02	0.2801	0.0062	0.6257
종교 (기준: 없음)						
기독교	0.0017	0.9933	0.31	0.4698	-0.37	0.1260
천주교	-0.23	0.2246	-0.07	0.8463	-0.46	0.0620
불교	-0.17	0.2873	0.03	0.9354	-0.35	0.0657
교육수준 (기준: 초졸이하)						
중졸	0.12	0.3359	0.16	0.5661	-0.01	0.9468
고졸이상	0.22	0.1003	0.54	0.1235	0.19	0.2457
결혼상태 (기준:배우자없음)						
배우자있음	0.05	0.8658			0.03	0.9022
동거인유형 (기준: 없음)						
배우자	-0.21	0.4369	0.19	0.7605	0.03	0.8920
자녀	-0.10	0.3683	0.25	0.3598	-0.18	0.1623
형제자매	0.10	0.7861	0.34	0.6045	0.18	0.7650
직업 (기준: 없음)						
있음	0.11	0.4859	0.0099	0.9850	0.15	0.4012
만성질환수 (기준: 없음)						
1개	-0.23	0.4724	-0.29	0.6309	-0.26	0.5304
2-3개	-0.16	0.6066	-0.02	0.9666	-0.26	0.5214
4개이상	-0.46	0.1699	-0.19	0.7586	-0.70	0.1311
육체적 건강상태	0.17	0.0229	0.18	0.2463	0.08	0.3991
사회적 지지				0.5997		
배우자(애인)	0.06	0.2448	0.08		-0.01	0.7806
자녀	0.09	0.0362	0.04	0.5588	0.24	0.0046
형제자매	-0.04	0.2509	-0.06	0.4121	-0.02	0.7112
친구	0.07	0.2623	0.20	0.1763	-0.01	0.8911
이웃	-0.0065	0.9191	-0.07	0.6574	0.13	0.8520
사회참여 정도						
의사결정권	0.05	0.2115	0.02	0.8370	0.03	0.4439
단체활동	-0.0090	0.8215	0.05	0.5326	-0.08	0.1185
종교활동	0.09	0.1823	-0.09	0.5781	0.26	0.0065
평생교육	0.07	0.2505	0.18	0.2243	0.05	0.4809
<hr/>						
R ² 값(%)	32.15		52.38		41.78	
Adj-R ² 값(%)	17.92		17.74		20.05	
모델 P-값	0.0016		0.1338		0.0180	
F-값	2.26		1.51		1.92	

V. 고찰

1. 연구방법에 대한 고찰

이 연구는 노인 입원환자의 사회적 지지가 건강상태에 미치는 영향을 분석하여 노인 보건 의료 서비스 개발에 기초 자료를 제공하기 위해 분석하였다.

이로부터 연구자료 및 방법론상 제기될 수 있는 제한점을 고찰해 보면 다음과 같다.

첫째, 사회적 지지가 건강상태에 미친 영향을 파악하기 위해서는 전국적으로 조사하는 것이 타당하나, 일개 병원, 일개 지역으로 국한 되어 있어 이 연구의 결과로 전국적으로 일반화하기에는 부족하다.

둘째, 입원 환자를 대상으로 조사하여 일반노인으로 일반화하기에는 제한점이 있다.

셋째, 사전 교육을 받은 4명의 조사자가 1대1 면접조사 하였으나 조사자간 bias(편견)가 작용한다.

넷째, 노인 응답자로 노인 개개인의 인지능력에 의한 개인차를 완전히 배제할 수 없는 제한점을 지니고 있다.

다섯째, 표본이 적어서 대표성의 문제가 있다. 이에 대규모로, 여러 개 의료기관 대상으로 연구가 필요하다.

이 연구가 위와 같은 제한 점을 가지고 있으나, 의료급여 노인환자와 건강보험 노인환자의 비교 연구는 많지 않다. 그러므로 일개 병원을 대상

으로 한 연구이나 의료급여 노인 대 건강보험 노인을 비교한 자료로 의미가 있으며, 육체적 건강도구, 정신적 건강도구를 타 논문에서 이미 신뢰도, 타당도가 평가된 것을 사용 분석하였다는 점에서 그 의의를 찾아볼 수 있다.

2. 연구결과에 의한 고찰

일반적으로 노인은 다른 연령층에 비해 자신의 건강상태를 좋지 않다고 인지하고 있다(한국보건사회연구원, 1993).

육체적 건강상태는 전체 평균 4.39점이었고, 정신적 건강상태는 전체 평균 3.17점으로 입원하고 있는 연구 대상 노인의 정신적 건강상태가 더 나빴다. 육체건강 상태는 의료급여 노인이나 건강보험 노인 간의 별 차이는 없으나, 정신적 건강상태의 경우 의료급여 노인환자는 건강보험 노인환자에 비해 좋지 않았다. 이는 경제적 상황이 나쁠수록 같은 와병 상태에서도 정신적 건강에 주는 영향이 크다고 볼 수 있다.

사회적 지지는 전체 대상자의 경우 5점 만점에 사회적 지지 5개영역 중 4문항이 3.0점 이하로, 사회적 지지가 열악한 것으로 볼 수 있다. 건강보험 노인 경우에 자녀가 제공하는 사회적 지지가 3.82점으로 비교적 양호한 지지를 받았으나 배우자, 형제, 친구, 이웃의 지지는 2.58점과 2.92점 사이로 보다 낮은 것을 알 수 있다. 의료급여 환자의 사회적 지지는 자녀의 경우 2.42점, 배우자 1.29점, 형제자매 1.51점, 친구 2.09점, 2.05점으로 건강보험 환자보다 낮았으며 소외 계층으로 말할 수 있다.

우리나라 노인 중 의료급여 대상자는 374,000명으로 전체 65세 노인

3,541,138명의 10.6%이다(국민연금관리공단, 2003). 낮은 사회적 지지를 받는 의료급여 노인은 정신건강이 매우 열악하며 사회 문제가 되고 있기에 사회적 지지를 받아야 하는 노인이 많다고 볼 수 있다.

사회참여 정도는 의사결정권 4.18점으로 양호하며 의료급여, 건강보험 노인 모두 단체 활동, 종교 활동, 평생교육 모두 3.0점 미만이었다. 이는 입원노인을 대상으로 하였기 때문에 단체 활동과 종교 활동, 평생교육 등의 사회참여 정도가 적은 것으로 볼 수 있다.

육체적 건강상태와 사회적 지지의 상관관계는 통계적으로 유의한 것은 배우자 밖에 없다. 배우자의 돌봄이 있으면 육체적으로 더 건강할 가능성이 많다. 자녀, 형제자매, 친구, 이웃 등의 돌봄은 육체적 건강상태와 무관하다. 육체적 건강상태와 사회참여 정도의 상관관계는 0.3054($p < 0.05$)로 육체적으로 건강한 입원노인이 사회 참여도 높은 것으로 나타났다.

정신적 건강과 사회 참여 정도의 상관관계는 0.28($p < 0.05$)로 노인들의 사회참여는 육체적 건강뿐 아니라 정신적 건강에도 매우 유의한 것을 알 수 있었다. 이는 노인의 육체적 건강과 정신적 그리고 사회적 건강은 서로 밀접한 관련성을 가지고 상호 작용하여 그 결과로써 노인의 건강 상태를 나타난다와 선행연구 결과와 같은 결과이다(이선자, 1982 ; Craig,1980).

정신 건강과 사회적 지지와의 상관관계 분석 결과, 배우, 자녀, 친구, 이웃의 사회 지지가 모두 통계적으로 유의하였다. 이는 노인의 건강한 정신적 삶의 질을 위해서는 주변인들로부터 다양한 support(배려, 지지, 도움)가 매우 중요함을 확인시켜 주는 결과이다. 그러므로 가족과 떨어진 시골의 노인복지시설, 요양원 보다는 배우자, 자녀, 친구, 이웃이 있는 도시형 요양센터의 활성화에 대한 고려가 필요하다.

정신적 건강상태에 영향을 미치는 요인을 보면 육체적 건강과 자녀의
지지는 노인의 정신적 삶에 영향을 주었다. 이점은 인구감소, 자녀의 감소
에 따른 노후 대책과 함께 최근의 출산율 저조에 따른 인구문제, 출산 장
려정책에 대해 중요한 시사점을 갖고 있다.

VI. 결론

이 연구에서는 노인입원 환자의 사회적 지지가 건강상태에 영향을 미치는 요인을 분석하고자 하였으며 다음과 같은 결과를 얻었다.

첫째, 전체 노인 입원환자의 정신적 건강상태는 5점 만점에 3.17점으로 보통 수준이었으며 의료급여 노인 점수보다 건강보험 노인 점수가 더 우수한 정신적 건강상태를 보여 주었다. 동일한 입원 상태라도 경제적 수준에 따라 정신적 건강은 유의하게 차이가 있음을 암시한다. 그러므로 노인의 정신적 건강을 높이기 위해서는 어느 정도의 경제적 수준이 확보되어야 함을 암시한다.

둘째, 사회적 지지는 전체 노인 입원환자에서 자녀만 3.0점 이상이었고 다른 제공자의 지지 모두가 3.0점 이하이었다. 전체적으로 사회적 지지가 저조 하며 의료급여 노인이 건강보험 노인보다 낮았다. 이를 통해 경제적 수준이 낮은 노인 군이 사회적 지지도 열악하다는 것을 알 수 있었다.

셋째, 육체적 건강상태와 유의한 상관관계를 갖는 사회적지지 제공자는 배우자 뿐 이었고 정신적 건강상태와 사회적 지지의 상관관계는 통계적으로 유의하였고, 정신적 건강상태를 종속변수로 한 회귀분석에서도 유의한 독립변수는 육체적 건강상태와 사회적지지 중 자녀의 지지이었다. 따라서 적절한 사회적 지지는 노인 입원환자들이 회복 의지, 정신적 활력 등 정신적 건강에 매우 유의한 영향을 미침을 알 수 있었다.

향후의 연구는 다음의 사항을 고려하여 진행하여야 할 것이다.

첫째, 여러 개 의료기관 대상으로 노인 입원 환자의 특성을 파악하고, 비교하는 연구가 이루어져야 한다.

둘째, 노인들의 육체적 건강을 위해 건강진단과 운동습관의 보급, 보건 교육 및 노인에 대한 체계적인 관리가 필요하며, 자신의 건강은 스스로 지킨다고 하는 자각을 촉구하고, 행정부서는 관심과 배려 및 재정적 뒷받침이 있어야겠다.

셋째, 노인의 사회적 지지는 무엇보다도 자녀의 지지와 관계가 깊고, 앞으로 노인 인구가 전체인구에서 차지하는 비도 커진다. 그러나 자녀의 지지가 줄어들면 정신적 건강(우울)은 어떤 사회적 지지로 대신 해야 하는지에 대한 연구가 필요하다.

참고 문헌

- 강희숙, 김근조. 일부지역 노인들의 신체적 건강과 우울과의 관련성. 대한 보건협회 학술지, 2000; 26(1):451~459.
- 고승덕. 노인의 삶의 질을 결정하는 요인 추출에 관한 연구, 1996.
- 구자순. 한국 노인건강 보건체제의 문제점과 대책. 한국 노년학 6, 1986.
- 권복순, 이중훈, 정성덕. 양료원 현황과 재원자 건강 상태에 관한 예비조사, 한국노년학. 1986; 6(1): 77~79.
- 기백석. 한국판 노인 우울 척도 단축형의 표준화 예비연구. 신경정신의학, 1996; 35(2): 298~307.
- 김동배. 노인 주택이 노인의 삶의 질에 미치는 영향, 연세사회복지연구, 1996; 3 : 357~376.
- 김미숙, 박민정. 종교가 노인의 삶의 질에 미치는 영향 연구, 한국 노년학, 2000; 20, 2: 29~47.
- 김시현, 지성애. 노인의 사회적 지지와 건강상태의 관계 분석 연구. 중앙의대지, 1985; 10(1) : 123~137.
- 김애련. 노인의 삶의 질에 관한 연구, 원광대학교 대학원, 2000.
- 김영애, 김상남 외. 노인건강에 관한 국내 연구 분석, 노인 간호 학회지, 2002; 4(1): 59~70.
- 김재일 외 공저. 사회 복지론. 형설출판사, 1996.
- 김한중. 선진사회를 향한 노인의료정책(上), 대한병원 협회지 1996; 25(4) : 31~41.
- 김한중. 선진사회를 향한 노인의료정책(下), 대한병원 협회지 1996; 25(5) : 37~50.
- 노유자. 서울지역 중년기 성인의 삶의 질에 관한 분석 연구. 연세대학교 대

- 학원 박사학위논문, 1988.
- 박은숙, 김순자, 김소인 외. 노인의 삶의 질 예측 모형구축 -건강관리 모형을 중심으로- , 1998.
- 보건복지부. 보건사회백서. 보건복지부, 1995.
- 서국희. 한국노인의 우울증상 유병률과 위험인자. 노인병, 1998; 2(1): 105~117.
- 성기월. 시설노인과 재가노인의 일상생활정도와 생활만족 정도의 비교 한국 노년학회, 1994; 19(1): 105~117.
- 송건용, 남정자, 최정수, 김태정. 국민건강 및 보건의식 행태조사.1993.
- 송남호, 김선미. 영세 노인들의 자기효능, 사회적지지, 우울간에 관계 분석. 지역사회 간호학회지, 2000; 11(1): 158~171.
- 오가실. Social Support의 한국적 의미. 대한간호학회지, 1994; 24(2): 264~277.
- 오희철, 전세일, 조성남. 한국노인의 신체적, 정신적, 및 사회적 건강 수준과 건강 행태에 관한 코호트 연구, 한국 과학 재단, 1996.
- 윤선이. 노인의 삶의 질 만족도 요인에 관한 연구, 국민대학교 행정대학원 2002.
- 이광규. 가족 형태 변화에 따르는 노인의 역할, 1982; 229~232.
- 이영석. 일부 농촌 지역 재택 노인들의 일상생활 활동 및 우울정도, 경북대학교 대학원 석사학위 논문, 1996.
- 이영자. 한국 노인의 건강사정도구 개발에 관한 연구. 이화여자대학교 대학원 박사학위 논문, 1989.
- 임은실. 저소득 재가 노인의 신체적 기능, 우울 및 사회적 지지가 삶의 질에 미치는 영향, 2002.
- 전산초, 최영희. 노인간호학. 수문사, 1990.

- 정인과, 곽동일, 조숙행, 이현수. 한국형 노인우울검사 표준화 연구. 노인정신의학, 1997; 1(1): 61~72.
- 정현일. 노인의 TV시청 실태와 삶의 질과의 상관성에 관한 연구, 연세대학교 행정대학원, 1998.
- 차성환. 노인 종합 복지관과 노인의 삶의 질과의 관계 연구. 연세대학교 행정대학원, 1999.
- 채수원. 노인의 사회적 지지와 삶의 질에 관한 연구, -일반가정 노인과 양로원 노인을 대상으로-, 충남대 대학원 석사학위논문, 1991.
- 최숙자. 노인의 삶에 질에 관한 분석연구 건양대학교 경영행정 대학원, 2002.
- 최정신. 농촌 노인의 일상생활과 삶의 질 관계에 관한 연구, 한국 노년학 1999; 19(3): 121~139.
- 최현. 건강 수준이 노인의 삶의 질에 미치는 영향, 1997.
- 통계청. 장래추계인구, 2001.
- 한국궤립조사연구소. 한국노인의 생활실태와 의식구조 조사. 1982.
- Atchley, R.C. Retirement and leisure participation : Countinuity or crisis?. The Gerontologist 1971; 11:13~17.
- Beck, A.T. Depression : Clinical, experimental and theoretical aspects. Harper & Row, 1967.
- Birren, J.E. Principles of research on aging. In handbook of aging and the indivisual, ed. by J.E. Birren. Chicago : University of Chicago press, 3~42, 1959.
- Breen, L.Z. The aging individual, Handbook of Social Gerontology : University of Chicago Press, 147~148, 1960.
- Bromley, D.B. The psychology of human aging, 2nd ed., C. Nicholls and

- Company Ltd. , 262~266, 1974.
- Campbell, A. Converse PE, and Rogers WL. The quality of american life : Perception evaluation and satisfactions. Russell sage : New York, 1982.
- Dubos, R. The states of health and quality of life. Western Journal of Medicine, 125, 8~9, 1976.
- Frank, P. A survey of health needs of elder in northwest Johnson country. Nursing research, 28(6), 360, 1979.
- Havighurst, R.J. A social psychological Perspective on aging, Let's learn about aging, A book of reading, J.R Barry and Wingrove(eds), N.Y. schenkman pub., com., Inc. 139~148, 1977.
- Kalish, R.A. Late adulthood, Perspectives on human development berkeley : Cole publishing co, 56, 1975.
- Latwon, N.P. The functional assessment of elderly people, Journal of the american, Geriatric society, 19(6), 465~481, 1969.
- Lewis, K. Grief in chronic illness and disability. Journal of Rehabilitation, 1983; 49(3): 8~11.
- McDowell, I & Newell C. Quality of life and life satisfaction, measuring health : A guide to rating scales and questionnaire. New york ; Oxford University Press, 203~224, 1987.
- Norbeck, J.S., Lindsey, A.M., & Carrieri,V.L. The development of an Instrument to measure social support. Nursing research, 30(5), 264~269, 1981.
- Parson, T. Definition of health and illness in light og America value and social structure. New York. Free press, 107~127, 1971.

부록 1. 설문지

안녕하십니까?

저는 연세대학교 보건 대학원에서 병원행정학을 전공하는 학생으로 노인 분야 특히 노인들의 삶의 질에 관심이 있어 이 연구를 하게 되었습니다.

본 설문지는 노인 입원 환자들의 육체적, 정신적 건강상태와 사회적지지 정도를 파악하기 위한 것입니다.

귀하께서 응답해 주시는 내용들은 노인 입원 환자의 삶의 질 개선을 위한 다양한 노인보건프로그램 개발에 많은 도움이 될 것입니다.

이 설문지의 결과는 연구목적으로만 사용될 것이며, 개인 정보에 대한 비밀을 절대 지킬 것을 약속드립니다.

응답에는 약 15분 정도 소요됨을 알려드립니다.

감사드립니다.

연구자 김동숙 올림

☎ 011-97-9216

I. 일반적 특성

1. 거주 : ① 가정 ② 시설
2. 성별 : ① 남자 ② 여자
3. 연령 : 만 _____ 세
4. 종교 : ① 기독교 ② 천주교 ③ 불교 ④ 없음 ⑤ 기타
5. 교육수준 : ① 초졸 이하 ② 중졸 ③ 고졸 ④ 대졸 이상
6. 결혼상태 : ① 유배우자(또는 동거) ② 사별 ③ 이혼
④ 별거
7. 현재 함께 살고 있는 분을 모두 표시하십시오.
① 배우자 ② 자녀 ③ 형제자매
④ 친구 ⑤ 단체 생활 ⑥ 없음
8. 직업 : ① 없다 ② 있다
9. 만성 질환 :
① 고혈압 ② 당뇨병 ③ 심장질환 ④ 중풍/뇌혈관질환
⑤ 암 ⑥ 천식/폐렴 ⑦ 결핵 ⑧ 관절염/신경통
⑨ 만성요통 ⑩ 소화기 질환 ⑪ 간질 ⑫ 백내장/녹내장
⑬ 기타
10. 스트레스 :
① 전혀 없다 ② 약간 있다 ③ 보통이다 ④ 많다
⑤ 아주 많다
11. 정기적인 건강검진 :
① 전혀 안 한다 ② 아플 때마다 한다
③ 정기적으로 한다
12. 건강 상태 :
① 아주 나쁘다 ② 약간 나쁘다 ③ 보통이다
④ 좋다 ⑤ 아주 좋다
13. 진단명 : _____

II. 노인 신체 건강 사정도구

■ 다음 질문들은 신체 건강 측정에 대한 질문입니다. 모든 항목에 솔직하게 응답해 주시기 바랍니다.

1. 시력은 :

- ① 전혀 못 본다
- ② 가까이 있는 것만 보인다
- ③ 일상생활에 전혀 장애가 없다 (돋보기 사용 포함)

2. 청력은 :

- ① 전혀 못 듣는다
- ② 일상대화에 장애가 있으며 큰 소리로 말해야 듣는다
- ③ 일상생활에 지장이 없다

3. 식사 능력 :

- ① 수저 사용이 불가능하다
- ② 생선뼈 고르거나 밥숟가락에 반찬 얹어주기 등 일부 보조가 필요하다
- ③ 혼자서 한다

4. 의복 착용 능력 :

- ① 상.하의 모두 입혀 주어야 한다
- ② 팔끼워주기, 단추끼워주기, 매기등 옷을 입고 벗는데 보조가 필요하다
- ③ 혼자서 한다

5. 보행능력 :

- ① 전혀 못 걷는다
- ② 보조기나 부축이 필요하다
- ③ 혼자서 걷는다

6. 몸치장 능력 :

- ① 전혀 못 한다
- ② 세수는 하나 머리 못 빗거나, 면도는 못하는 등 일부 보조가 필요하다
- ③ 혼자서 모두 한다

7. 세탁 능력 :
- ① 전혀 못 한다
 - ② 세탁물의 크기, 방법에 따라 일부 제한되어 있다
 - ③ 혼자서 완전히 한다
8. 음식 조리능력 :
- ① 전혀 못 한다
 - ② 일부 제한되어 있다
 - ③ 혼자서 할 수 있다
9. 계단 오르내리기 :
- ① 전혀 못한다.
 - ② 보조기나 부축이 필요하다.
 - ③ 전혀 장애가 없다
10. 이동 능력 :
- ① 전혀 못 한다
 - ② 휠체어를 타거나 부축이 필요하다
 - ③ 혼자서 한다
11. 목욕 능력 :
- ① 전혀 못 한다
 - ② 도움이 필요하다
 - ③ 혼자서 한다
12. 화장실 출입 :
- ① 전혀 못 한다
 - ② 도움이 필요하다
 - ③ 혼자서 한다
- 13.뇨 실금 :
- ① 항상 그렇다
 - ② 가끔 그렇다
 - ③ 실금하는 일이 전혀 없다
14. 실변 :
- ① 항상 그렇다
 - ② 가끔 그렇다

③ 실변하는 일이 전혀 없다

15. 손톱.발톱 깎기 :

- ① 전혀 못 한다
- ② 도움이 필요하다
- ③ 혼자서 한다

16. 자기 투약 능력 :

- ① 전혀 못 한다
- ② 약을 챙겨 주어야 한다
- ③ 스스로 제 시간에 정확히 먹을 수 있다

17. 시장보기 :

- ① 전혀 못 한다
- ② 동반자가 있어야 한다
- ③ 혼자서 한다

18. 전화 사용능력 :

- ① 전혀 못 한다
- ② 동반자가 있어야 한다
- ③ 혼자서 한다

19. 수면 상태 :

- ① 밤에 거의 잠을 이루지 못 한다
- ② 자주 깬다
- ③ 잘 잔다

Ⅲ. 정신적 건강상태

지난 일주일동안의 느낌을 생각하시면서 대답해주시기 바랍니다.

	매우 그렇다	그렇다	보통	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
1. 당신은 평소 자신의 생활에 만족하십니까?					
2. 당신은 활동과 흥미가 많이 저하되었습니까?					
3. 당신은 앞날에 대해서 희망적입니까?					
4. 당신은 대부분의 시간을 맑은 정신으로 지냅니까?					
5. 당신은 대부분의 시간이 행복하다고 느낍니까?					
6. 당신은 지금 살아 있는 것이 아름답다고 생각 합니까?					
7. 당신은 가끔 낙담하고 우울하다고 느낍니까?					
8. 당신은 지금 자신의 인생이 매우 가치가 없다고 느낍니까?					
9. 당신은 인생이 매우 흥미롭다고 느낍니까?					
10. 당신은 활력이 충분하다고 느낍니까?					
11. 당신은 자주 사소한 일에 마음의 동요를 느낍니까?					

12. 당신은 자주 울고 싶다고 느끼니까?					
13. 당신을 아침에 일어나는 것이 즐겁습니까?					
14. 당신은 결정을 내리는 것이 수월합니까?					
15. 당신은 마음이 이전처럼 편안합니까?					

IV. 사회적 지지 측정 도구

당신이 느끼시는 것을 질문하는 내용입니다. 다음 분들이 어떤 도움을 주는지 응답하여 주십시오.

1번 문항 : 속사정을 털어놓을 수 있다. (내 쪽에서 믿고 의지할 수 있으며 울적할 때 만나면 위로가 된다. 편하게 말상대가 되어준다.)
2번 문항 : 나를 늘 걱정해 주고 관심을 가져준다.
3번 문항 : 내가 외출하려고 할 때 같이 가준다.

지지 제공자	V 표시	1문항					2문항					3문항				
		정말 그렇다	그렇다	그저 그렇다	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다	정말 그렇다	그렇다	그저 그렇다	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다	정말 그렇다	그렇다	그저 그렇다	그렇지 않다	전혀 그렇지 않다
배우자																
자녀																
형제 자매																
친구																
이웃																

4번 문항 : 모르는 것이 있어서 물어보면 잘 가르쳐준다.

5번 문항 : 내가 아플 때 이것저것 도와준다. (예: 몸부축, 잔심부름, 세탁, 식사 보조 등)

6번 문항 : 내가 돈이 필요할 때 빌려주거나 용돈을 준다.

지 지 제 공 자	V 표 시	4문항					5문항					6문항				
		정 말 그 렇 다	그 렇 다	그 저 그 렇 다	그 렇 지 않 다	전 혀 그 렇 지 않 다	정 말 그 렇 다	그 렇 다	그 저 그 렇 다	그 렇 지 않 다	전 혀 그 렇 지 않 다	정 말 그 렇 다	그 렇 다	그 저 그 렇 다	그 렇 지 않 다	전 혀 그 렇 지 않 다
배 우 자																
자 녀																
형제 자매																
친구																
이웃																

7. 경제 :

- ① 용돈이 전혀 없다
- ② 용돈이 아주 부족하다
- ③ 용돈이 부족하다
- ④ 용돈이 충분하다
- ⑤ 용돈이 아주 충분하다

8. 건강 문제 :

- ① 비용 때문에 많이 아프더라도 병원이나 의원에 갈 수 없다
- ② 많이 아플 때 가끔 병원이나 의원에 갈 수 있다
- ③ 많이 아플 때에는 항상 병원에 간다
- ④ 조금만 아파도 병원에 간다
- ⑤ 주기적으로 건강 진단을 받으러 다닌다

9. 의사 결정권 :

- ① 집안의 대소사에 전혀 결정권이 없다
- ② 집안의 대소사에 대해 자녀들이 결정 한 뒤 통보 한다
- ③ 집안의 대사에 대해서만 자녀들이 의논 해 온다
- ④ 집안의 대소사에 대해 전혀 결정권이 없지만 의논을 해온다
- ⑤ 집안의 대소사를 모두 결정 한다

10. 단체 활동 : (예 : 경노당, 복지회관, 노인회관, 노인대학)

- ① 단체 활동을 하지 않는다
- ② 단체 활동에 불규칙적으로 참여 한다
- ③ 단체 활동에 큰 행사에만 참여 한다
- ④ 단체 활동에 빠짐없이 참여하나 중심이 되어 일하지는 않는다
- ⑤ 단체 활동의 중심이 되어 참여 한다

11. 종교 활동 :

- ① 종교가 없다
- ② 종교단체의 행사에 불규칙하게 참여 한다
- ③ 종교단체의 행사(예배, 정기적인 불공, 미사)등에만 참석 한다
- ④ 종교단체의 행사이외의 활동에도 참여하고 있다
- ⑤ 종교단체의 지도자급으로 활동하고 있다

12. 평생 교육 :

- ① 아무 교육도 받고 있지 않다.
- ② T.V, 신문, 잡지 등에서 유익한 것을 찾아 읽는다.
- ③ 종교 단체, 사회단체 등에서 행하는 일시적인 교육에 참여한다.
- ④ 일정한 계획은 없으나 비교적 긴 기간 동안 교육에 참여하고 있다.
- ⑤ 계획성 있고 학문적이며, 규칙적인 활동에 적극 참여한다.

긴 시간 응답해 주셔서 감사드립니다.

ABSTRACT

Effects of Social Supports for Elderly Inpatients on Their Health Status

Dong-suk Kim
Graduate School of
Public Health
Yonsei University

(Directed by Professor Hye-young Kang, Ph.D.)

The purpose of this study was to analyze elderly inpatients' health status and to provide basic materials in order to develop Elderly Health Medical Services.

Samples were taken in a general hospital in I city from April 20, 2004 to April 27. Among Inpatients over sixty-five years old, fifty-three Medicare Payment inpatients and ninety-eight Medicare Patients who participated in the survey were sampled as subjects and they were one hundred and fifty-one in total. A structured questionnaire was used in a one to one interview.

The questionnaire was composed of the questions asking physical health status, mental health status, social supports and participation level, and the questions developed in previous researches were used for this study. Each survey area was measured with a 5 points scale. For the physical health, the questionnaire contained nineteen questions asking about eyesight, hearing

capabilities and eating abilities, and for the mental health, the questionnaire contained fifteen questions measuring the Elderly Depression Scale. For social supports, six questions were used, and for the degree of social participation, four questions were used.

To examine differences related to the physical health, the mental health, the degree of social participation, and the degree of social supports between Medicare Payment elderly inpatients and Medicare elderly inpatients, t-test and correlation analysis were used. Multiple regression analysis was conducted to identify factors that affected health status of subjects of this study. The results analyzed were as follows:

The physical status of the subjects was 4.39 on average, and the average of medical payment patients (4.18) was lower than that of Medicare patients (4.51), but there was no statistically significant difference between the two groups. With regard to the mental status, the average was 3.17, and the average of Medicare patients (3.23) was higher than that of medical payment patients (3.07). Regarding social supports according to the provider, it was found that the degree of social support from children was the greatest, followed by friends, neighbors, siblings and spouse. In the social support from their children between the group of medical payment patients and Medicare patients, the average of the first group (2.42) was lower than that of the second group (3.82). Regarding social participation of the subjects, there was no statistically significant difference between the two groups of medical payment patients and Medicare patients in decision making rights, group activities, religious activities and life long education. According to the results

of regression analysis, significant factors influencing mental health status were physical health status (regression index 0.24, $p=0.001$) and children's support (regression index 0.10, $p=0.01$).

Keywords: the elderly, health status, social supports